

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y.B
DENGAN PANSITOPENIA DI RUANG TERATAI
RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**



OLEH

IRMAWATI

NIM: PO.5303201181196

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019**

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y. B
DENGAN PANSITOPENIA DI RUANG TERATAI
RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi Diploma III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



OLEH
IRMAWATI
NIM: PO. 5303201181196

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019

LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Irmawati NIM: PO. 5303201181196 dengan
judul Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y. B Dengan Pansitopenia
Di Ruang Teratai RSUD. PROF . Dr. W. Z. Johannes Kupang
15 – 18 JULI 2019
telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun Oleh

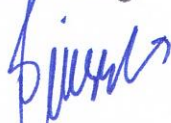


Irmawati

NIM : PO.5303201181196

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D III
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 25 Juli 2019

Pembimbing



Pius Selasa, S.Kep.,Ns.,MSc

NIP: 197404301997031002

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y . B
DENGAN PANSITOPENIA DI RUANG TERATAI
RSUD PROF. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG
15-18 JULI 2019

Disusun Oleh :




IRMAWATI
NIM: PO.5303201181196

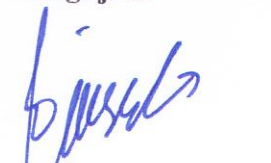
Telah Diuji Pada Tanggal, 25 Juli 2019

Dewan Penguji


Penguji I


M. Margaretha U.W., S.Kp., MHSc
NIP. 195602171986032001


Penguji II


Pius Selasa, S.Kep., Ns., MSc
NIP. 197404301997031001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan

Margaretha Teli, S.Kep., Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:


Nama : Irmawati
Nim : PO.5303201181196
Program Studi : D III Keperawatan
Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 25 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



Irmawati

NIM. PO.5303201181196

Mengetahui:

Pembimbing



Pius Selasa, S.Kep.,Ns.,MSc

NIP :197404301997031002

BIODATA PENULIS

Nama : Irmawati
Tempat Tanggal Lahir : Kiupukan, 13 Desember 1984
JenisKelamin : Perempuan
Alamat : Kiupukan, kec. Insana - Kab. TTU
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SDK Kiupukan I, Tahun 1997
2. Tamat SLTP N. 1 Insana, Tahun 2000
3. Tamat SPK Atambua 2003
4. Pada Tahun 2018 Kuliah di Program Studi
Diploma III Keperawatan Politeknik
Kesehatan Kemenkes Kupang.

MOTTO

“Visi Tanpa eksekusi adalah halusinasi”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Tn. Y. B dengan Pansitopenia di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Penyusunan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat dukungan dan bantuan dari beberapa pihak yang dengan caranya masing-masing menolong penulis demi keberhasilan studi penulis. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga Kepada :

1. Bapak Pius Selasa, S.kep., Ns.,MSc sebagai pembimbing sekaligus penguji II yang telah banyak memberi bimbingan, masukan serta memberikan dorongan semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
2. Ibu M. Margaretha U.W, SKp.,MHSc, selaku penguji I atas segala masukan dan petunjuknya sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
3. Ibu Agnes S. Pere, A.Md. Kep, selaku Pembimbing Klinik/CI di Ruang Teratai RSUD. Prof. Dr.W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
4. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pendidikan pada program RPL
5. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pendidikan pada program RPL
6. Kepala Ruangan bersama seluruh staf Ruang Teratai RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu penulis selama mengikuti Ujian Akhir Program di Ruang Teratai dan dalam proses penyelesaian Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Para Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang yang telah membimbing penulis selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek.
8. Kepada Bapak Bupati TTU yang telah memberikan izin agar dapat menyelesaikan studi DIII keperawatan
9. Anakku tersayang “ Titania Aurelly “ yang telah mendukung penulis sampai menyelesaikan studi Diploma III keperawatan.
10. Bapak dan ibu tercinta, kakak, adik, abang yang telah mendukung dalam menyelesaikan studi Diploma III keperawatan.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah berjasa terhadap penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa “Laporan Karya Tulis Ilmiah” ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak untuk penyempurnaan “Laporan Karya Tulis Ilmiah” ini sangat diharapkan agar lebih bermanfaat bagi yang berkepentingan.

Kupang, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----|
| Halaman Judul | |
| Lembar Persetujuan | i |
| Lembar Pengesahan | ii |
| Pernyataan Keaslian Tulisan | iii |
| Biodata Penulis | iv |
| Kata Pengantar | v |
| Abstrak | vii |
| Daftar Isi | |
| BAB 1 PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang Masalah | 1 |
| 1.2 Tujuan studi Kasus | 3 |
| 1.3 Manfaat Studi Kasus | 3 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Konsep Dasar Pansitopenia | 5 |
| 2.2 Asuhan Keperawatan Pansitopenia | 12 |
| BAB 3 STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN | |
| 3.1 Hasil Studi Kasus | 21 |
| 3.2 Pembahasan ,,,,,,,,,,..... | 30 |
| BAB 4 PENUTUP | |
| 4.1 Kesimpulan | 38 |
| 4.2 Saran | 38 |
| DAFTAR PUSTAKA | 40 |
| LAMPIRAN | |

ABSTRAK

Asuhan keperawatan pada Tn. Y. B dengan Pansitopenia di Ruang Teratai RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes kupang Oleh Irmawati, PO.530320118196. Pembimbing Pius Selasa, S.Kep.,MSc*

Latar Belakang. Pansitopenia adalah keadaan berkurangnya jumlah sel dari semua jalur sel darah utama dari eritrosit, leukosit, dan trombosit. Penurunan sel darah merah ditandai dengan menurunnya tingkat hemoglobin dan hematokrit. Keadaan tersebut sebagai akibat meningkatnya destruksi perifer atau menurunnya produksi sum-sum tulang. **Tujuan** dari studi kasus ini adalah untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien pansitopenia yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. **Metode** yang digunakan dalam studi kasus ini adalah metode wawancara, observasi dengan pendekatan studi kasus, yang dilakukan di Ruang Teratai RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. **Hasil** dari studi kasus yang diharapkan adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam didapatkan masalah perfusi jaringan belum teratasi, intoleransi aktivitas belum teratasi, risiko infeksi belum teratasi. Kesimpulan setelah di berikan asuhan keperawatan, tiga masalah keperawatan tersebut belum teratasi. **Rekomendasi** Bagi Institusi Pendidikan diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang. Bagi Rumah sakit diharapkan rumah sakit dapat memberikan asuhan keperawatan secara efektif kepada pasien di ruangan rawat nginap secara benar dan tepat kepada pasien-pasien Bagi Perawat diharapkan dapat melakukan tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan menekankan perawatan secara tepat dan cepat.

Kata kunci : Pansitopenia, asuhan keperawatan, penenganan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pansitopenia adalah keadaan berkurangnya jumlah sel dari semua jalur sel darah utama dari eritrosit, leukosit, dan trombosit. Penurunan sel darah merah ditandai dengan menurunnya tingkat hemoglobin dan hematokrit. Keadaan tersebut sebagai akibat meningkatnya destruksi perifer atau menurunnya produksi sum-sum tulang (Bakta,2006)

Kemungkinan penyebab Pansitopenia adalah anemia aplastik/hipoplastik karena sebab-sebab seperti; infeksi virus (dengue/hepatitis), infeksi mikrobakterial, kehamilan, penyakit Simmond, sklerosis tiroid, infiltrasi sumsum tulang (leukemia, mieloma multipel, metastasis karsinoma, dll), anemia defisiensi folat dan vitamin B12, lupus eritematosus sistemik, serta paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Bakta,2006)

Angka insiden anemia aplastik ini berkisar antara antara 2 sampai 6 kasus per 1 juta penduduk per tahun dengan variasi geografis. Penelitian di Perancis menemukan angka insiden sebesar 1,5 kasus per 1 juta penduduk per tahun. Di Cina, insiden dilaporkan 0,74 kasus per 100.000 penduduk per tahun dan di Bangkok 3,7 kasus per 1 juta penduduk per tahun. Ternyata penyakit ini lebih banyak ditemukan di belahan Timur daripada di belahan Barat (Aru W. S., 2010). Kasus Pansitopenia dengan berbagai sebab, yang tercatat di Ruang Teratai RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada Januari – Juli tahun 2018 sebanyak 2 orang. Kemungkinan penyebab Pansitopenia kebanyakan belum diketahui secara pasti. Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui gambaran klinis dan laboratoris serta perjalanan penyakit dan tindak lanjut pasien Pansitopenia di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Asuhan keperawatan merupakan salah satu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktek keperawatan individu, untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan tersebut dengan menggunakan prosese

keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan, dan evaluasi tindakan keperawatan (Teli,2018)

Dampak dari pensitopenia bagi penderita adalah adanya gangguan sirkulasi darah dan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Pengobatan anemia aplastik dengan TST maupun dengan penggunaan imunosupresan menimbulkan efek jangka panjang pada pasien. Pasien yang mampu bertahan hidup beresiko terkena keganasan. Pada pasien dengan penurunan eritrosit atau sel darah merah dapat berakibat gagal jantung, pada pasien dengan penurunan trombosit dapat berakibat perdarahan dan pada pasien dengan penurunan leukosit dapat terjadi penurunan imun yang berakibat pada mudah terpapar infeksi.

Kebijakan pemerintah dalam mengatasi permasalahan anemia berupa penyuluhan kesehatan, memenuhi kebutuhan zat besi pada masa pertumbuhan cepat, infeksi pemberantasan cacing dan fortikasi besi. Salah satu pilihan dalam upaya mengatasi anemia adalah dengan mengonsumsi tablet tambah darah

Peran perawat dalam penatalaksanaan Pansitopenia meliputi pemberian pendidikan kesehatan tentang Pansitopenia dan pemberian asuhan keperawatan komperhensif pada pasien yang mempunyai masalah Pansitopenia. Dalam hal ini perawat dapat melakukan pengkajian (pengumpulan data, identitas, riwayat kesehatan, dan pemeriksaan kesehatan yang lengkap). Selanjutnya perawat dapat menegakan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil pengkajian, merencanakan tindakan dan melakukan tindakan sesuai dengan masalah yang nampak pada pasien dan mengevaluasi seluruh tindakan yang telah dilakukan.

Berdasarkan latar belakang yang ada, penulis merasa penting untuk mengetahui secara lebih mendalam tentang “ Asuhan Keperawatan pada Tn. Y. B dengan Pansitopenia di Ruang teratai RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Pansitopenia di Ruang Teratai RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang melalui langkah-langkah proses keperawatan.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Tn.Y. B dengan Pansitopenia di Ruang Teratai RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
2. Mahasiswa dapat merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Tn.Y. B dengan Pansitopenia
3. Mahasiswa dapat membuat perencanaan keperawatan pada pasien Tn.Y. B dengan Pansitopenia
4. Mahasiswa dapat melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Tn.Y. B dengan Pansitopenia
5. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn.Y. B dengan Pansitopenia

3.2 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Manfaat teori

Meningkatkan pengetahuan pembaca tentang Pansitopenia dan sebagai wacana untuk mengetahui pelaksanaan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan Pansitopenia.

1.3.2 Manfaat praktis

1. Bagi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Pansitopenia.

2. Bagi Tim Kesehatan

Dapat digunakan sebagai masukan bagi tim kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku dalam upaya peningkatan asuhan keperawatan serta pencegahan komplikasi pada pasien dengan Pansitopenia.

3. Bagi Institusi pendidikan

Dapat digunakan sebagai referensi dalam pengembangan materi kuliah bagi mahasiswa

4. Bagi Pembaca

Dapat digunakan sebagai referensi serta informasi terkait gambaran umum Pansitopenia dan proses asuhan keperawatannya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

3.2 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian

Salah satu tanda dan gejala dari anemia aplastik adalah Pansitopenia, yaitu keadaan berkurangnya jumlah sel dari semua jalur sel darah utama yaitu eritrosit (anemia), leukosit (leukemia), dan trombosit (trombositopenia) dengan segala manifestasinya. Pada dasarnya Pansitopenia disebabkan oleh kegagalan sumsum tulang untuk memproduksi komponen darah, atau akibat kerusakan komponen darah di darah tepi, atau akibat maldistribusi komponen darah. Penyebab Pansitopenia karena kegagalan fungsi sumsum tulang diantaranya: infeksi virus (dengue/hepatitis), infeksi mikrobakterial, kehamilan, penyakit Simmond, sklerosis tiroid, infiltrasi sumsum tulang (leukemia, mieloma multipel, metastasis karsinoma, dll), anemia defisiensi folat dan vitamin B12, lupus eritematosus sistemik, serta paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Bakta, 2006).

Menurut Sacharin(2002) anemia aplastik adalah suatu kegagalan anatomi dan fisiologi dari sumsum tulang yang mengarah pada suatu penurunan nyata atau tidak adanya unsur pembentuk darah dalam sumsum tulang. Hal ini khas dengan penurunan produksi eritrosit akibat pergantian dari unsur produksi eritrosit dalam sumsum oleh jaringan lemak hiposeluler, juga dapat mempengaruhi megakariosit mengarah pada neutropenia

pada tinjauan pustaka ini difokuskan pada tanda dan gejala Pansitopenia yang di akibatkan oleh infiltrasi sum-sum tulang dikarenakan adanya metastasis karisoma yaitu tumor ginjal yang diderita. Metastasis karisoma menyebabkan adanya anemia , leucomia dan trombositopenia

Sedangkan menurut Bakta(2006) anemia aplastik adalah anemia yang disertai oleh Pansitopenia atau bisitopenia pada darah tepi yang disebabkan oleh kelainan pimer pada sumsum tulang dalam bentuk aplasia atau hipoplasia tanpa adanya infiltrasi, supresi, atau pendesakan sumsum tulang. Karena

sumsum tulang pada sebagian besar kasus bersifat hipoplastik, bukan aplastik total, maka anemia ini disebut juga sebagai anemia hipoplastik.

Anemia adalah gejala dari kondisi yang mendasari, seperti kehilangan komponen darah, elemen tak adekuat atau kurangnya nutrisi yang dibutuhkan untuk pembentukan sel darah merah, yang mengakibatkan penurunan kapasitas pengangkut oksigen darah (Doenges, 1999).

Trombositopenia adalah berkurangnya produksi trombosit di bawah $100.000/\text{mm}^3$ (Blood Disorder, 1993). Apabila jumlah trombosit $50.000/\text{mm}^3$ atau kurang, maka kemungkinan perdarahan meningkat dan pasien akan mengalami trauma ringan. Perdarahan spontan yang keluar dari hidung dapat terjadi dengan jumlah antara $10.000\text{-}20.000/\text{mm}^3$, dimana individu akan menunjukkan adanya ecymoses bintik-bintik, purpura yang besar, perdarahan dari mukosa membran. Jika jumlah trombosit dibawah $10.000/\text{mm}^3$ maka akan terjadi perdarahan hebat dari hidung dan akan berakibat fatal.

Leukemia adalah poliferasi sel leukosit yang abnormal, ganas, sering disertai bentul leukosit yang lain dari pada normal, jumlahnya berlebihan dan dapat menyebabkan anemia, trombositopenia dan diakhiri dengan kematian (Hasan, 2015).

2.1.2 Etiologi

1. Faktor Kongenital

Jenis Fanconi memiliki suatu pola pewarisan resesif autosomal dan sering disertai dengan retardasi pertumbuhan dan cacat kongenital di rangka (misalnya ginjal pelvis atau ginjal tapal kuda), atau kulit (daerah-daerah hiperpigmentasi); kadang-kadang terdapat retardasi mental. Anemia fanconi biasanya terjadi pada usia 5-10 tahun. Sekitar 10% pasien menderita leukemia mieloid akut (Hoffbrand, 2002).

2. Faktor didapat

1. Idiopatik

Penyakit ini merupakan jenis anemia aplastik yang paling sering ditemukan. Walaupun mekanismenya belum diketahui, respons yang baik terhadap globulin anti-limfosit (GAL) dan siklosporin A menunjukkan bahwa kerusakan autoimun yang diperantarai sel T, kemungkinan terhadap sel induk yang berubah secara struktural dan fungsional. Anemia aplastik idiopatik biasanya berakhir fatal bila anemia timbul dalam waktu singkat. Banyak penderita dengan anemia aplastik kronik kemudian menderita leukemia, kelainan mieloproliferatif lain atau kelainan limforetikuler, tetapi pada beberapa penderita penyakit berlangsung beberapa tahun tanpa perubahan, bahkan beberapa lagi sembuh secara spontan. Pada beberapa kasus anemia aplastik dapat dijumpai paroksismal nokturnal hemoglobinuria.

2. Sekunder

Seringkali disebabkan oleh kerusakan langsung di sumsum hemopoietik akibat radiasi atau obat sitotoksik. Obat anti-metabolit (misal daunorubisin) menyebabkan aplasia sementara saja, tetapi agen pengalkilasi, khususnya busulfan, dapat menyebabkan terjadinya aplasia kronik yang sangat menyerupai penyakit idiopatik kronik. Beberapa individu menderita anemia aplastik akibat efek samping obat idiosinkrasi yang jarang terjadi, seperti kloramfenikol yang bersifat sitotoksik. Mereka juga dapat menderita penyakit ini dalam beberapa bulan setelah hepatitis virus (hepatitis A atau non-A, non-B, non-C). Kloramfenikol memiliki insidensi toksisitas sumsum tulang sangat tinggi, sehingga obat ini harus digunakan untuk pengobatan infeksi yang mengancam jiwa dan untuk penyakit yang membutuhkan obat sebagai pengobatan optimum (misal tifoid). Zat kimia seperti benzene mungkin terlibat sebagai penyebab penyakit ini. Kadang-kadang, anemia aplastik dapat merupakan gambaran yang muncul pada leukemia mieloid atau limfoblastik akut, khususnya pada masa anak (Aru, 2010). Pada kehamilan, kadang-kadang ditemukan Pansitopenia disertai aplasia sumsum tulang yang berlangsung sementara.

Hal ini mungkin disebabkan oleh estrogen pada seseorang dengan predisposisi genetik, adanya zat penghambat dalam darah atau tidak ada perangsang hematopoiesis. Anemia aplastik sering sembuh setelah terminasi kehamilan, dapat terjadi lagi pada kehamilan berikutnya.

2.1.3. Patofisiologi

Mekanisme terjadinya anemia aplastik diperkirakan melalui tiga faktor berikut ini :

1. Kerusakan sel hematopoetik
2. Kerusakan lingkungan mikro sumsum tulang
3. Proses imunologik yang menekan hematopoiesis

Bukti klinis yang menyokong teori gangguan sel induk ini adalah keberhasilan transplantasi sumsum tulang pada 60-80% kasus. Hal ini membuktikan bahwa dengan pemberian sel induk dari luar akan terjadi rekonstruksi sumsum tulang pada pasien anemia aplastik (Sukman, 2006).

Kerusakan sel induk telah dapat dibuktikan secara tidak langsung melalui keberhasilan transplantasi sumsum tulang pada penderita anemia aplastik, yang berarti bahwa pergantian sel induk dapat memperbaiki proses patologik yang terjadi. Teori kerusakan lingkungan mikro dibuktikan melalui tikus percobaan yang diberikan radiasi, sedangkan teori imunologik ini dibuktikan secara tidak langsung melalui keberhasilan pengobatan imunosupresif. Pemakaian gangguan sel induk dengan siklosporin atau metilprednisolon memberi kesembuhan sekitar 75%, dengan ketahanan hidup jangka panjang menyamai hasil transplantasi sumsum tulang. Kelainan imunologik diperkirakan menjadi penyebab dasar dari kerusakan sel induk atau lingkungan mikro sumsum tulang. Karena terjadinya penurunan jumlah sel dalam sumsum tulang, aspirasi sumsum tulang sering hanya menghasilkan beberapa tes darah. Maka perlu dilakukan biopsi untuk menentukan beratnya penurunan elemen sumsum normal dan pergantian oleh lemak. Abnormalitas mungkin terjadi pada sel stem, prekursor granulosit, eritrosit, dan trombosit akibatnya terjadi Pansitopenia.

Pansitopenia adalah menurunnya sel darah merah, sel darah putih dan trombosit. Penurunan sel darah merah (anemia) ditandai dengan menurunnya tingkat hemoglobin dan hematokrit. Penurunan hemoglobin menyebabkan penurunan jumlah oksigen yang dikirim ke jaringan, biasanya ditandai dengan kelemahan, kelelahan, takikardia, ekstermitas dingin atau pucat.

Kelainan kedua adalah leukopenia atau menurunnya jumlah sel darah putih atau leukosit kurang dari $4.500-10.000/\text{mm}^3$, penurunan sel darah putih ini akan menyebabkan agranulositosis dan akhirnya menekan respon inflamasi. Respon inflamasi yang tertekan akan menyebabkan infeksi dan penurunan sistem imunitas fisis mekanik dimana dapat menyerang selaput lendir, kulit, silia, saluran nafas sehingga bila selaput lendirnya yang terkena maka akan mengakibatkan ulserasi dan nyeri pada mulut serta faring, sehingga mengalami kesulitan dalam menelan dan menyebabkan penurunan masukan diet dalam tubuh.

Kelainan ketiga adalah trombositopenia, trombositopenia didefinisikan jumlah trombosit di bawah $100.000/\text{mm}^3$. Akibat dari trombositopenia antara lain ekimosis, petekie, epistaksis, perdarahan saluran kemih, perdarahan susunan saraf dan perdarahan saluran cerna. Gejala dari perdarahan saluran cerna adalah anoreksia, mual, konstipasi, atau diare dan stomatitis (sariawan pada lidah dan mulut), perdarahan saluran cerna dapat menyebabkan hematemesis melenca. Perdarahan trombositopenia mengakibatkan aliran darah ke jaringan menurun.

2.1.4. Manifestasi Klinis

Anemia aplastik mungkin asimtomatik dan ditemukan pada pemeriksaan rutin. Manifestasi klinis anemia aplastik terjadi sebagai akibat adanya anemia, leukopenia, dan trombositopenia. Gejala yang dirasakan berupa gejala sebagai berikut:

1. Lemah dan mudah lelah.
2. Granulositopenia dan leukositopenia menyebabkan lebih mudah terkena infeksi bakteri.

3. Pucat
4. Pusing
5. Anoreksia
6. Peningkatan tekanan sistolik
7. Takikardia
8. Sesak nafas
9. Demam
10. Penglihatan kabur
11. Telinga berdenging
12. Nafsu makan berkurang
13. Sindrom anemia: gejala anemia bervariasi, mulai dari ringan sampai berat.
14. Gejala perdarahan: paling sering timbul dalam bentuk perdarahan kulit seperti petekie dan ekimosis. Perdarahan mukosa dapat berupa epistaksis, perdarahan subkonjungtiva, perdarahan gusi, hematemesis melena, dan pada wanita dapat berupa menorhagia. Perdarahan organ dalam lebih jarang dijumpai, tetapi jika terjadi perdarahan otak sering bersifat fatal.
15. Tanda-tanda infeksi dapat berupa ulserasi mulut atau tenggorokan, dan sepsis.
16. Organomegali dapat berupa hepatomegali dan splenomegali.

2.1.5 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium pada pasien Pansitopenia ditemukan:

1. Darah Tepi
 1. Pada stadium awal penyakit, Pansitopenia tidak selalu ditemukan.
 2. Jenis anemia adalah anemia normokromik normositer disertai retikulositopenia.
 3. Kadang-kadang ditemukan pula makrositosis, anisositosis, dan poikilositosis.

4. Leukopenia dengan relatif limfositosis, tidak dijumpai sel muda dalam darah tepi.
 5. Trombositopenia yang bervariasi dari ringan sampai dengan sangat berat.
2. Laju Endap Darah
Laju endap darah selalu meningkat, sebanyak 62 dari 70 (89%) kasus mempunyai laju endap darah lebih dari 100 mm dalam satu jam pertama (Salonder, dalam IPD jilid II).
 3. Faal Hemostatik
Waktu perdarahan memanjang dan retraksi bekuan menjadi buruk yang disebabkan oleh trombositopenia.
 4. Sumsum tulang
Sumsum tulang menunjukkan hipoplasia sampai aplasia. Aplasia tidak menyebar secara merata pada seluruh sumsum tulang, sehingga sumsum tulang yang normal dalam satu kali pemeriksaan tidak dapat menyingkirkan diagnosa anemia aplastik. Pemeriksaan ini harus diulangi pada tempat-tempat yang lain.
 5. Virus
Evaluasi diagnosis anemia aplastik meliputi pemeriksaan virus Hepatitis, Parvovirus, dan Sitomegalovirus.
 6. Tes *Ham* atau Hemolisis Sukrosa
Tes ini diperlukan untuk mengetahui adanya PNH sebagai penyebab.
 7. Kromosom
Pada anemia aplastik didapat, tidak ditemukan kelainan kromosom. Pemeriksaan sitogenetik dengan *fluorescence in situ hybridization* (FISH) dan imunofenotipik dengan *flowcytometry* diperlukan untuk menyingkirkan diagnosis banding, seperti myelodisplasia hiposeluler.
 8. Defisiensi imun.
Adanya defisiensi imun diketahui melalui penentuan titer immunoglobulin dan pemeriksaan imunitas sel T.
 9. Lain-lain

Besi serum normal atau meningkat, TIBC normal, dan HbF meningkat.

2.1.6. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi sebagai dampak dari pemeriksaan laboratorium tersebut adalah sebagai berikut:

1. Gagal jantung dan kematian akibat beban jantung yang berlebihan dapat terjadi pada anemia berat.
2. Kematian akibat infeksi dan perdarahan apabila sel darah putih atau trombosit juga terlibat.

3.2 Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

1. Nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan.
2. Keluhan utama : Lemah, letih, sakit kepala, pusing, gangguan penglihatan, sesak nafas, berkeringat di malam hari, demam, menggigil.
3. Riwayat penyakit dahulu : Perdarahan hebat, Akut (mendadak), Kecelakaan, Pembedahan, Persalinan, Pecah pembuluh darah, Penyakit Kronik (menahun), Perdarahan hidung, Wasir (hemoroid)
4. Riwayat penyakit sekarang : Lemah, Rasa letih, Dispnea bila kerja fisik, Angina, Edema, Klaudikasio, Disfagia (sindrom plummer-vinson), Gejala dan tanda neurologik mungkin terdapat pada defisiensi vitamin B12 yang tidak diobati, Gejal-gejala kompensasi, Curah jantung bertambah, Pucat
5. Aktivitas/istirahat

Gejala : keletihan, kelemahan, malaise umum. Kehilangan produktivitas, penurunan semangat untuk bekerja. Toleransi terhadap latihan rendah. Kebutuhan untuk tidur dan istirahat lebih banyak.

Tanda : takikardia/takipnea; dispnea pada bekerja atau istirahat. Letargi, menarik diri, apatis, lesu, dan kurang tertarik pada sekitarnya. Kelemahan otot dan penurunan kekuatan. Ataksia, tubuh tidak tegak.

Bahu menurun, postur lunglai, berjalan lambat, dan Tanda-Tanda lain yang menunjukkan kelelahan.

6. Sirkulasi

Gejala : riwayat kehilangan darah kronis, mis; perdarahan GI kronis, menstruasi berat; angina, Cronic Heart Failure (akibat kerja jantung berlebihan). Riwayat endokarditis infeksi kronis. Palpitasi (takikardia kompensasi).

Tanda : Tekanan Darah ; peningkatan sistolik dengan diastolik stabil dan tekanan nadi melebar; hipotensi postural. Distimia; Abnormalis EKG, mis; depresi segmen ST dan pendataran atau depresi gelombang T; takikardia. Bunyi jantung ; murmur sistolik. Ekstremitas (warna): pucat pada kulit dan membran mukosa (konjungtiva, mulut, faring, bibir) dan dasar kuku. (Catatan; pada pasien kulit hitam, pucat tampak sebagai keabu-abuan); kulit seperti berkilau, pucat atau kuning lemon terang. Sklera: Biru atau putih seperti mutiara. Pengisian kapiler melambat (penurunan aliran darah ke perifer dan vasokonstriksi kompensasi). Kuku; mudah patah, berbentuk seperti sendok (koilokilia) (DB). Rambut; kering, sudah putus, menipis; tumbuh uban secara premature.

7. Integritas ego

Tanda : keyakinan agama/budaya mempengaruhi pilihan pengobatan, mis; penolakan transfuse darah.

Gejala : depresi.

8. Eliminasi

Gejala : riwayat pielonefritis, gagal ginjal. Flatulen, sindrom malabsorpsi (DB). Hematemesis, feses dengan darah segar, melena. Diare atau konstipasi. Penurunan haluaran urine

Tanda ; distensi abdomen.

9. Makanan/cairan

10. Penurunan masukan diet, masukan diet protein hewani rendah/masukkan produk sereal tinggi (DB). Nyeri mulut atau lidah,

kesulitan menelan (ulkus pada faring). Mual/muntah, dyspepsia, anoreksia. Adanya penurunan berat badan.

11. Neurosensori

Gejala : sakit kepala, berdenyut, pusing, vertigo, tinnitus, ketidakmampuan berkonsentrasi. Insomnia, penurunan penglihatan, dan bayangan pada mata. Kelemahan, keseimbangan buruk, kaki goyah ; parestesia tangan/kaki (AP) ; klaudikasi. Sensasi menjadi dingin.

Tanda : peka rangsang, gelisah, depresi cenderung tidur, apatis.

Mental : tak mampu berespons, lambat dan dangkal. Oftalmik : hemoragis retina (aplastik, AP). Epitaksis : perdarahan dari lubang-lubang (aplastik). Gangguan koordinasi, ataksia, penurunan rasa getar, dan posisi, Tanda Romberg positif, paralysis.

12. Nyeri/kenyamanan

Gejala : nyeri abdomen samara : sakit kepala

13. Pernapasan

Gejala : riwayat TB, abses paru. Napas pendek pada istirahat dan aktivitas.

Tanda : takipnea, ortopnea, dan dispnea.

14. Seksualitas

Gejala : perubahan aliran menstruasi, misalnya menoragia atau amenore (DB). Hilang libido (pria dan wanita). Impoten.

Tanda : serviks dan dinding vagina pucat.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

1. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman oksigen/nutrient ke sel.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidakmampuan mencerna makanan /absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah.

4. PK Anemia
5. PK perdarahan
6. Risiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi dan neurologist.
7. Konstipasi atau Diare berhubungan dengan penurunan masukan diet; perubahan proses pencernaan; efek samping terapi obat.
8. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin leucopenia, atau penurunan granulosit (respons inflamasi tertekan).
9. Kurang pengetahuan sehubungan dengan kurang terpajan/mengingat ; salah interpretasi informasi ; tidak mengenal sumber informasi.

2.2.3. Intervensi keperawatan

1. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman oksigen/nutrient ke sel.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax 24 jam klien menunjukkan perfusi jaringan perifer yang adekuat

Kriteria Hasil :

- Tanda - tanda vital stabil
 - Membran mukosa berwarna merah muda
 - Pengisian kapiler retil <2-3 detik
 - Tidak ada cianosis
1. Awasi Tanda vital kaji pengisian kapiler, warna kulit/membrane mukosa, dasar kuku.
 2. Evaluasi keluhan dingin, pertahankan suhu lingkungan dan tubuh supaya tetap hangat
 3. Catat intake dan output cairan
 4. Tinggikan kepala tempat tidur sesuai toleransi.
 5. Observasi hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap
 6. Kolaborasi pengawasan hasil pemeriksaan laboratorium. Berikan sel darah merah lengkap/packed produk darah sesuai indikasi.
 7. Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan x 24 jam klien melaporkan peningkatan toleransi aktivitas

Kriteria hasil :

- a) Toleransi aktivitas
 - Saturasi oksigen dalam rentang normal (>90%)
 - Tidak terjadi perubahan dalam warna kulit
- b) Fatigue Level
 - Tidak terjadi penurunan motivasi beraktivitas
 - Tidak mengalami sakit kepala saat beraktivitas
- c) Self Care Status
 - Klien mampu mandi, berpakaian, makan dan toileting mandiri
- d) Vital Sign dalam batas normal
 - Suhu tubuh 36,5-37,5 ° c
 - Respirasi rate 16-20 x/ menit
 - Tekanan Darah 120/80 mmHg
 - Nadi 60-100 x/menit

Intervensi :

1. Kaji kemampuan aktivitas harian
2. Kaji kehilangan atau gangguan keseimbangan, gaya jalan dan kelemahan otot.
3. Observasi Tanda-Tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas.
4. Berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, dan kurangi suara bising, pertahankan tirah baring bila di indikasikan.
5. Gunakan teknik menghemat energi, anjurkan pasien istirahat bila terjadi kelelahan dan kelemahan, anjurkan pasien melakukan aktivitas semampunya (tanpa memaksakan diri).
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidak mampuan mencerna makanan

/absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan x 24 jam klien mampu mempertahankan nutrisi sesuai dengan kebutuhan tubuh

Intervensi :

1. Kaji riwayat nutrisi, termasuk makan yang disukai.
 2. Observasi dan catat masukkan makanan pasien.
 3. Timbang berat badan setiap hari.
 4. mengawasi penurunan berat badan atau efektivitas intervensi nutrisi.
 5. Berikan makan sedikit dengan frekuensi sering dan atau makan diantara waktu makan.
 6. Observasi dan catat kejadian mual/muntah, flatulensi dan gejala lain yang berhubungan.
 7. gejala GI dapat menunjukkan efek anemia (hipoksia) pada organ.
 8. Berikan dan Bantu hygiene mulut yang baik ; sebelum dan sesudah makan, gunakan sikat gigi halus untuk penyikatan yang lembut. Berikan pencuci mulut yang di encerkan bila mukosa oral luka.
 9. Kolaborasi pada ahli gizi untuk rencana diet.
 10. Kolaborasi ; pantau hasil pemeriksaan laboratorium.
 11. Kolaborasi ; berikan obat sesuai indikasi.
4. PK anemia

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (.....x24 jam), perawat meminimalkan perdarahan dan mencegah komplikasi

Intervensi :

1. Pantau tanda dan gejala anemia terjadi
2. Pantau tanda-tanda vital klien
3. Anjurkan klien mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak zat besi dan vit B12
4. Minimalkan prosedur yang bisa menyebabkan perdarahan
5. Kolaborasi pemberian transfusi darah sesuai indikasi

5. PK perdarahan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (.....x 24 jam) perawat meminimalkan perdarahan dan mencegah komplikasi perdarahan

Intervensi :

1. Kaji pasien untuk menemukan bukti-bukti perdarahan atau hemoragi
2. Pantau hasil lab berhubungan dengan perdarahan
3. Lindungi pasien terhadap cidera jatuh
4. Siapkan pasien secara fisik dan psikologi untuk menjalani bentuk terapi lain jika diperlukan

6. Risiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi dan neurologist.

Tujuan : dapat mempertahankan integritas kulit.

1. Kaji integritas kulit, catat perubahan pada turgor, gangguan warna, hangat local, eritema, ekskoriasi.
2. Reposisi secara periodic dan pijat permukaan tulang apabila pasien tidak bergerak atau ditempat tidur.
3. Anjurkan permukaan kulit kering dan bersih. Batasi penggunaan sabun.
4. Bantu untuk latihan rentang gerak.
5. Gunakan alat pelindung, misalnya kulit domba, keranjang, kasur tekanan udara/air. Pelindung tumit/siku dan bantal sesuai indikasi. (kolaborasi)

7. Konstipasi atau Diare berhubungan dengan penurunan masukan diet; perubahan proses pencernaan; efek samping terapi obat.

Tujuan : menunjukkan perubahan perilaku/pola hidup, yang diperlukan sebagai penyebab, faktor pemberat.

1. Observasi warna feses, konsistensi, frekuensi dan jumlah.
2. Auskultasi bunyi usus.
3. Awasi intake dan output (makanan dan cairan).
4. Dorong masukkan cairan 2500-3000 ml/hari dalam toleransi jantung.

5. Hindari makanan yang membentuk gas.
6. Lakukan perawatan perianal setiap defekasi bila terjadi diare.
7. Kolaborasi ahli gizi untuk diet seimbang dengan tinggi serat dan bulk.
8. Berikan pelembek feses, stimulant ringan, laksatif pembentuk bulk atau enema sesuai indikasi.
9. Berikan obat antidiare, misalnya Defenoxilat Hidroklorida dengan atropine (Lomotil)
8. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin leucopenia, atau penurunan granulosit (respons inflamasi tertekan).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan x 24 jam infeksi tidak terjadi

1. Tingkatkan cuci tangan yang baik ; oleh pemberi perawatan dan pasien.
2. Pertahankan teknik aseptik ketat pada prosedur/perawatan luka.
3. Berikan perawatan kulit, perianal dan oral dengan cermat.
4. Motivasi perubahan posisi/ambulasi yang sering, latihan batuk dan napas dalam.
5. Tingkatkan masukkan cairan adekuat.
6. Pantau/batasi pengunjung. Berikan isolasi bila memungkinkan.
7. Pantau suhu tubuh. Catat adanya menggigil dan takikardia dengan atau tanpa demam.
8. Amati eritema/cairan luka.
9. Ambil specimen untuk kultur/sensitivitas sesuai indikasi
10. Berikan antiseptic topical ; antibiotic sistemik (kolaborasi).
9. Kurang pengetahuan sehubungan dengan kurang terpajan/mengingat ; salah interpretasi informasi ; tidak mengenal sumber informasi.

Tujuan : pasien mengerti dan memahami tentang penyakit, prosedur diagnostic dan rencana pengobatan.

1. Berikan informasi tentang anemia spesifik. Diskusikan kenyataan bahwa terapi tergantung pada tipe dan beratnya anemia.

2. Tinjau tujuan dan persiapan untuk pemeriksaan diagnostik.
3. Kaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakitnya.
4. Berikan penjelasan pada klien tentang penyakitnya dan kondisinya sekarang.
5. Anjurkan klien dan keluarga untuk memperhatikan diet makanannya.
6. Minta klien dan keluarga mengulangi kembali tentang materi yang telah diberikan

2.2.3. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien (Ida, 2016).

2.2.4. Evaluasi keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan (Ida, 2016).

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil studi kasus

3.1.1 Gambaran tempat atau Lokasi penelitian

RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang adalah rumah sakit tipe B yang sudah menjadi badan layanan umum (BLU). Ruang Teratai merupakan salah satu ruang rawat inap yang ada di RSUD. Prof. Dr. W. Z. JOHANNES kupang dan sebagai lokasi pengambilan studi kasus tentang Asuhan Keperawatan Pansitopenia. Ruang Teratai terdiri dari 1 ruang perawat, 1 ruang tindakan, 2 ruangan dengan kapasitas tempat tidur sebanyak Kamar I : 9 buah dan kamar II : 5 buah. Rata-rata pasien yang di rawat sebanyak 14 Orang.

3.1.2 Karakteristik Pasien (Identitas Pasien)

Nama pasien adalah Tn. Y. B dirawat di Ruang Teratai RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Umur pasien 64 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku Flores, menganut Agama Kristen Khatolik, pendidikan SLTP, dan bertempat tinggal di Namosain

3.1.3 Hasil Pengumpulan Data

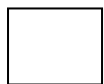
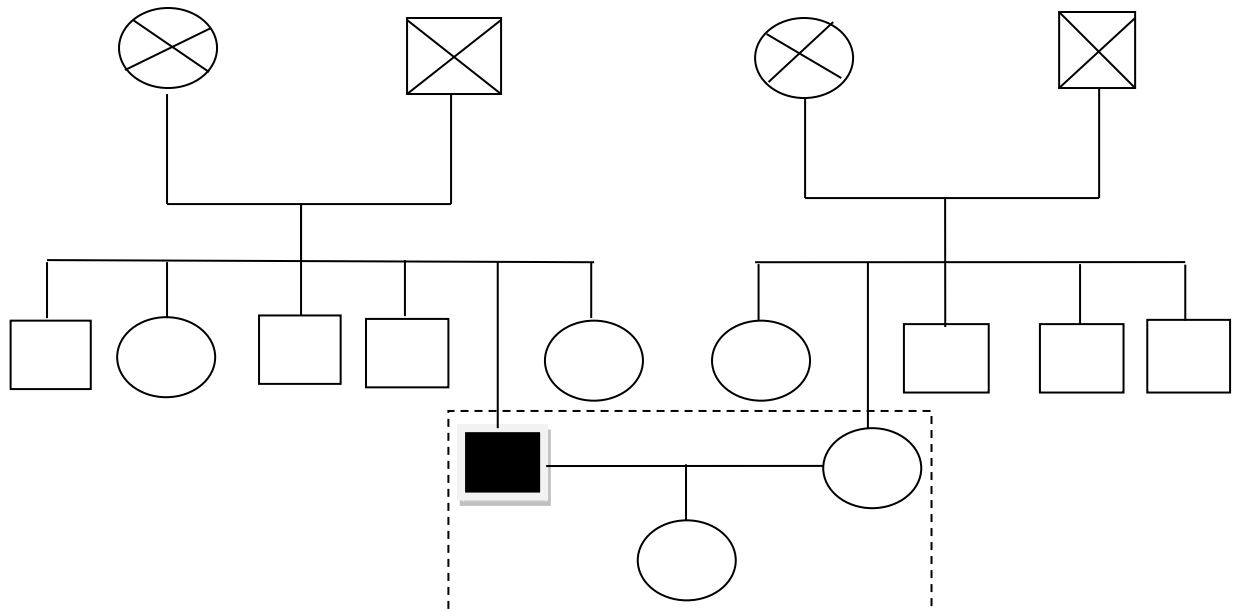
1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019, Jam 09.00 wita. Pada Tn. Y. B dengan diagnosa medis Pansitopenia antara lain keluhan utama saat ini, Tn. Y. B mengatakan badan lemah dan pusing, BAK darah.

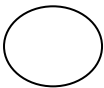
Riwayat penyakit masa lampau, pasien mengatakan tidak pernah mengalami sakit seperti yang di alami sekarang. Pasien mengatakan pernah masuk Rumah sakit karena penyakit jantung. Pasien lupa obat apa yang di berikan dokter, tidak ada elergi terhadap makanan dan obat-obatan.

Riwayat penyakit keluarga, pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan klien.

1. Genogram



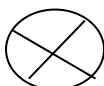
Laki-laki hidup



Perempuan Hidup



Pasien



Perempuan meninggal



Laki-laki meninggal



Tinggal serumah

Riwayat sosial : pasien mengatakan hubungan dengan keluarga dan lingkungan sekitar sangat baik. Lingkungan rumah bersih, nyaman dan jauh dari keramaian. Status rumah milik sendiri dan terhindar dari bahaya banjir

Kebutuhan dasar : saat di kaji, pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan sesuai keinginan pasien namun setelah berada di rumah sakit, makanan yang ia makan di atur oleh petugas gizi di rumah sakit. Namun minuman yang di berikan dibatasi oleh dokter 600cc/hari, sedangkan sebelumnya pasien minum sesuai keinginannya. Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada gangguan tidur, dan selama dirumah rumah sakit ia beristirahat lebih banyak dari biasanya. Pasien mengatakan sebelum sakit ia mandi 2x sehari namun setelah sakit ia jarang sekali mandi di karenakan jika terlalu lama bersentuhan dengan air, badannya langsung merasakan dingin. Pasien mengatakan sebelum sakit BAK sebanyak 5-6x sehari, namun setelah sakit ia di pasangi kateter sehingga tidak mengetahui berapa kali dia BAK. Pasien mengatakan BAB di rumah sebelum sakit 2 kali sehari dan setelah sakit BAB 3 kali sehari.

Keadaan sakit saat ini, pasien mengatakan tidak pernah di operasi. Nutrisi : pasien mengatakan sebelum sakit BB 85 kg dan sejak 2 bulan yang lalu BB turun 70 kg. Tinggi Badan 170 cm , status gizi berdasarkan indeks masa tubuh scorenya : 24.2 dalam batas normal.

Status cairan, terpasang cairan Nacl 500/12 jam (14 tetes/menit), indikasi : mengatasi atau mencegah kehilangan sodium yang disebabkan dehidrasi, keringat berlebih atau penyebab lainnya. Kontra indikasi : detak jantung cepat, demam, gatal dan ruam serta sesak napas.

Obat yang didapat saat ini, kalnex 2x250 mg/iv. Indikasi : membantu menghentikan kondisi perdarahan, kontra indikasi : gagal ginjal berat, pembekuan intravaskular aktif, gangguan penglihatan warna. Meropenem injeksi 3x500 mg/iv, indikasi : menangani penyebaran berbagai infeksi bakteri. Kontra indikasi : kejang, diare, rasa lelah. Aspar k 1x1 /oral, indikasi : mengatasi hipokalemia. Kontra indikasi : berakibat negatif terhadap tumbuh kembang. Livron B-plex 1x1 /oral. Indikasi : memenuhi kebutuhan vitamin. Kontra indikasinya : hipersensitivitas

Pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 10 Juli 2019 didapatkan pemeriksaan eritrosit : 8,7 gr/dl. Trombosit 4×10^3 . Leucosit $4,04 \times 10^3$. Hematocrit 25,4%. CT Scan : hepatomegali. USG : tumor ginjal kiri bawah. Kultur Urine : *Stenotrophomonas maltophilia*.

2. Pemeriksaan Fisik

Hasil didapatkan keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis (GCS: E4V5M6) , tanda-tanda vital: tekanan darah 140/90 mmhg, Nadi 80 x/menit, Respirasi 24 x/menit, Temperatur : 37°C . BB saat ini 70 kg, TB 170 cm, rambut berwarna hitam, leher tidak mengalami kaku kuduk, konjungtiva anemis, CRT < 3 detik, akral hangat, tidak ada gangguan pada pola penciuman, pendengaran. Mucosa kering, lidah berwarna merah muda, dan lembab, tidak ada gangguan bicara. Dada : simetris, saat bernapas tidak ada ronchi, irama teratur, suara napas vesikuler. Jantung : tidak ada pembesaran jantung, irama jantung reguler. Paru-paru : bunyi napas vesikuler, tidak ada pembesaran paru. Abdomen : bising usus 15 x/menit, pasien tidak mual dan muntah,. Genetalia : terpasang kateter, anus : normal.

3. Informasi Lain

Pasien mengatakan saat banyak beraktivitas terasa capek dan lemah, ADL dibantu keluarga. Pasien mengatakan tidak tau merawat kateter dengan baik.

4. Analisa data

Berdasarkan hasil pengumpulan data pada pengkajian maka di lakukan analisa data sebagai berikut :

Data subyektif : pasien mengatakan badan terasa lemah dan pusing. Data obyektif : konjungtiva anemis, akral hangat, CRT < 3 detik, mucosa bibir kering, Tanda-tanda vital : tensi 140/90 mmhg. Suhu 37°C . Nadi 80 x/menit. Respirasi 24 x/menit. Pemeriksaan Lab Eritrosit : 8,7 gr/dl. Trombosit 4×10^3 . Leucosit $4,04 \times 10^3$. Hematocrit 25,4%

Data subyektif : pasien mengatakan badan lemah dan terasa capek saat beraktivitas.

Data obyektif : pasien tampak kelelahan saat beraktivitas, ADL dibantu keluarga

Data subyektif : pasien dan keluarga mengatakan terpasang kateter dan tidak paham cara merawat kateter. Data obyektif : tampak terpasang kateter, saat membuang urine, keluarga tidak menggunakan sarung tangan dan tidak mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien.

Prioritas masalah dari 3 masalah keperawatan yang ditemukan pada analisa data, maka prioritas diagnosa keperawatan yang ditetapkan berdasarkan 3 prioritas yaitu mengancam jiwa, mengancam kesehatan, mengancam tumbuh kembang. Adapun prioritas masalah keperawatan yang ditetapkan berdasarkan 3 prioritas adalah : gangguan perfusi jaringan, intoleransi aktivitas dan risiko infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. Y. B, maka diagnosa keperawatan yang ditetapkan ada 3 diagnosa yaitu :

1. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum
3. Risiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya micro organisme

3. Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Goal : pasien akan mempertahankan status sirkulasi darah yang efektif selama perawatan. Obyektif : dalam jangka waktu 2x24 jam pasien akan menunjukan outcome yaitu perfusi jaringan perifer yang diharapkan meningkat dengan kriteria : CRT < 2 detik, konjungtiva merah muda, tanda-tanda vital dalam batas normal, eritrosit, leucosit, trombosit, dalam batas normal. Tidak ada cianosis. Intervensi 1). Kaji tanda-tanda vital, observasi pengisian kapiler, warna kulit, membran mukosa, dasar kuku dan konjungtiva. Rasional : memberikan informasi tentang keadekuatan perfusi jaringan dan membantu kebutuhan intervensi. 2). Evaluasi keluhan dingin, pertahankan suhu lingkungan dan tubuh supaya tetap hangat. Rasional : vasokonstriksi menurunkan sirkulasi perifer. 3). Berikan sel darah

merah lengkap sesuai indikasi. Rasional : meningkatkan jumlah sel pembawa oksigen dan memperbaiki defisiensi untuk mengurangi risiko perdarahan. 4). Pantau hasil pemeriksaan laboratorium. Rasional : mengidentifikasi defisiensi dan kebutuhan respon terhadap therapy. 5). Pantau adanya nyeri dada. Rasional : mengidentifikasi adanya hepatomegali.

Diagnosa keperawatan intoleransi berhubungan dengan kelemahan umum. Goal : pasien akan meningkatkan aktivitas fisik selama dalam perawatan. Obyektif : pasien dapat merubah posisi setiap 2 jam, dalam jangka waktu 2 kali sehari pasien dapat melakukan ROM aktif dan pasif. Intervensi : 1). Bantu klien rubah posisi setiap 2 jam. 2). Bantu pasien dengan melibatkan keluarga melakukan ROM aktif dan pasif. 3) . Rencanakan waktu istirahat diantara tindakan 4). Tingkatkan aktivitas pasien sesuai toleransi 5). Monitoring tingkat toleransi pasien setiap kali melakukan aktivitas. Rasional : mencegah terjadinya kontraktur dan atrofi otot-otot.

Diagnosa keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya micro organisme. Goal : pasien tidak akan mengalami infeksi selama dalam perawatan. Obyektif : pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi. Intervensi : 1). Pertahankan teknik septik. Rasional : mencegah infeksi nosokomial dan melindungi tenaga kesehatan dari risiko tertular infeksi 2). Cuci tangan setiap sesudah dan sebelum tindakan. Rasional : mencegah terjadinya infeksi dari micro organisme yang ada di tangan 3). Gunakan APD 4). Monitor tanda dan gejala infeksi. Rasional : infeksi dapat memperburuk risiko infeksi pada pasien 5) . penkes perawatan kateter kepada keluarga dan pasien. Rasional : membantu mencegah risiko infeksi.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 15-17 Juni 2018. Implementasi keperawatan pada Pasien Tn.Y. B dilakukan pada tanggal 16 Juni 2018.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah sebagai berikut: pada jam 07.30, mengatur posisi pasien dengan meninggikan kepala 45 derajat.. Jam 11.00 mengukur tanda tanda vital dengan hasil TTV: TD: 140/70 MmHg, Suhu, 37 derajat celcius, nadi 80x/menit dan RR: 24x/menit. Jam. 11.35, menilai oedema dan nadi perifer

Implementasi keperawatan pada diagnosa intoleransi aktivitas sebagai berikut: pada jam 07.30 membantu pasien untuk rubah posisi setiap 2 jam, jam 10.00 membantu pasien dengan melibatkan keluarga dalam melakukan ROM aktif dan Pasif, jam 10.20 merencanakan waktu istirahat diantara tindakan, meningkatkan aktivitas pasien sesuai toleransi, jam 11.00 memonitoring tingkat toleransi pasien setiap kali melakukan aktivitas

Implementasi keperawatan pada diagnosa risiko tinggi infeksi berhubungan dengan terpaparnya microorganisme yaitu : mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, jam 11.00 mengkaji tanda-tanda infeksi, mengukur suhu dan melakukan perawatan kateter, menganjurkan keluarga mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien

Implementasi keperawatan pada Pasien Tn. Y. B dilakukan pada tanggal 17 Juli 2019. Implementasi keperawatan yang dilakukan dihari kedua pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah sebagai berikut:jam 08.00 mengatur posisi pasien dengan meninggikan kepala 45 derajat.. Jam 11.00 mengukur tanda tanda vital dengan hasil TTV: TD: 120/70 MmHg, Suhu, 37 derajat celcius, nadi 80x/menit dan RR: 24x/menit. Jam. 11.35, menilai oedema dan nadi perifer Jam 12.10 mengecek hasil pemeriksaan laboratorium.

Implementasi keperawatan hari kedua pada diagnosa intoleransi aktivitas sebagai berikut: pada jam 07.30 membantu pasien untuk rubah posisi setiap 2 jam, jam 10.00 membantu pasien dengan melibatkan keluarga dalam

melakukan ROM aktif dan Pasif , jam 10.20 merencanakan waktu istirahat di antara tindakan, meningkatkan aktivitas pasien sesuai toleransi, jam 11.00 memonitoring tingkat toleransi pasien setiap kali melakukan aktivitas

Implementasi keperawatan hari kedua pada diagnosa risiko tinggi infeksi berhubungan dengan terpaparnya microorganisme yaitu : mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, jam 11.00 mengkaji tanda-tanda infeksi, mengukur suhu dan melakukan perawatan kateter, menganjurkan keluarga mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien, mengajarkan pasien cara merawat kateter.

5. Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan pada jam 14:00 WITA. Penulis melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Pada tanggal 16 Juli 2018 jam 14:00, diagnosa keperawatan pertama, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Dengan hasil evaluasi data subyektif: pasien mengatakan badannya masih lemas . Data obyektif: wajah masih tampak pucat, konjungtiva anemis, akral hangat CRT < 3 detik dan belum ada pemeriksaan ulang lab. Assesment: masalah belum teratasi. Planing semua intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan kedua, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum. Dengan hasil evaluasi data subyektif: pasien mengatakan masih sedikit lelah saat beraktivitas.pasien tampak berbaring di tempat tidur,ADL masih dibantu Assessment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatn ketiga, risiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya microorganisme . dengan hasil evaluasi tidak ada tanda-tanda infeksi, Suhu 37 derajat celsius, keluarga mencuci tangan sebelum dan

sesudah bersentuhan dengan pasien, keluarga pasien belum menggunakan teknik aseptik saat membuang urine. Assessment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 17 Juli 2019 jam 14:00, diagnosa keperawatan pertama, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Dengan hasil evaluasi data subyektif: pasien mengatakan badannya sudah tidak terlalu lemas lagi. Data obyektif: wajah masih tampak pucat, konjungtiva anemis, akral hangat, CRT < 3 detik, hasil pemeriksaan lab didapatkan Hb 8,4 g/dL, Trombosit 4×10^3 , Leucosit $2,63 \times 10^3$. Assesment: masalah belum teratasi. Planing semua intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan kedua, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum. Dengan hasil evaluasi data subyektif: pasien mengatakan masih sedikit lelah saat beraktivitas. pasien tampak beristirahat sebelum melakukan aktivitas berikutnya ADL masih dibantu, Assessment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan

Diagnosa keperawatan ketiga, risiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya mikroorganisme . dengan hasil evaluasi tidak ada tanda-tanda infeksi, Suhu 36,8 derajat celsius, keluarga mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien, keluarga pasien belum menggunakan teknik aseptik saat membuang urine. pasien dapat melakukan perawatan kateter. Assessment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan

3.2 PEMBAHASAN

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Tn. Y. B, dengan Pansitopenia yang dilaksanakan di ruang Teratai RSUD. Prof. Dr. W. Z. JOHANNES Kupang selama 2 hari dari tanggal 16-17 Juli 2019, penulis akan membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pada Bab ini juga penulis melihat apakah ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang di temukan di lapangan.

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada pasien yang dilakukan oleh mahasiswa dilakukan pada tanggal 15 juli 2019 jam 10.00 WITA dengan metode auto, pengamatan dan observasi langsung, pemeriksaan fisik, melihat catatan medis, dan catatan perawat. Pasien yang dikaji bernama Tn.Y. B, Usia 64 tahun, Agama Khatolik, Pendidikan SMA, Pekerjaan Nelayan, Alamat Namosain. Pasien masuk UGD pada tanggal 13 Juni 2018 pukul 08.30 WITA. Pasien masuk dengan diagnosa medis anemia, Pansitopenia , CHF

Pasien saat ini dirawat di Ruang Teratai dengan diagnosa medis Anemia, Pansitopenia, CHF, saat dikaji keluhan utama yang dirasakan pasien adalah pasien mengeluh kencing darah. Riwayat keluhan utama: pasien mengatakan kencing darah sejak 2 hari yang lalu, dan pasien merasa pusing serta lemas dibawa oleh keluarga menuju RSUD. Prof. W. Z. Johannes pada tanggal 13 juni 2019. Riwayat penyakit sebelumnya: pasien pernah masuk Rumah Sakit di pada 1 bulan yang lalu karena nyeri dada.

Saat dikaji pasien mengeluh lemah, BAK darah, konjungtiva anemis, akral hangat. Hasil Pemeriksaan laboratoium pada tanggal 13 Juni 2019 didapatkan Hemoglobin 3.3 g/dL, Jumlah Eritrosit 5.50%, Hematokrit 14,6%, jumlah leukosit 3.30 H, jumlah trombosit 11,7 L, PT (waktu protrombin) 11,7.1 detik. Terapi yang diberikan antara lain IVFD NaCl 0,9% 500 cc/12 jam, transfusi PRC 1 bag/hari, transfusi trombosit 10 bag/ hari, kalnex 3x500 mg/iv.

Adapun masalah keperawatan yang muncul pada kasus TN.Y. B yaitu: pertama, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang disebabkan oleh penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Masalah ini didukung dengan data subyektif: pasien mengatakan badannya lemas. Data obyektif: konjungtiva anemis, akral hangat, CRT < 3 detik, BAK darah dan hasil pemeriksaan lab didapatkan Hb 8,7 g/dL, trombosit 4 mm³.

Masalah keperawatan kedua yaitu Intoleransi aktivitas yang disebabkan oleh kelemahan umum. Masalah ini didukung dengan data subyektif : pasien

mengatakan badanya terasa capek dan lelah saat banyak bergerak. Data obyektif : Pasien tampak kelelahan saat beraktivitas, ADL dibantu keluarga .

Masalah keperawatan ketiga yaitu risiko infeksi yang disebabkan oleh terpaparnya micro organisme yang ditandai dengan data Subyektif : Pasien mengatakan BAK darah dan terpasang kateter

Menurut teori pengkajian dan analisa data pada pasien Pansitopenia memiliki gejala yang sama seperti pada pengkajian studi kasus yang di lakukan pada Tn. Y. B di Ruang Teratai RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES Kupang, yaitu adanya kelemahan fisik, konjungtiva anemis, adanya perdarahan serta pemeriksaan penunjang laboratorium yang menunjukkan penurunan hasil test dari semua unsur sel darah

Maka di ambil kesimpulan bahwa tanda dan gejala menurut teori dengan pemeriksaan fisik secara nyata pada kasus Tn. Y. B memiliki kesenjangan.

3.2.2 Diagnosa Keperawata

Hasil perumusan diagnosa keperawatan pada kasus Tn. Y. B yaitu: ketidakefektifan perfusijaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah yang di tandai dengan data subyektif : Pasien mengatakan badannya lemas dan pusing, data obyektif : konjungtiva anemis, mukosa bibir pucat, akral hangat, CRT < 3 detik , Pemeriksaan lab Hb : 8,7 g/dL, Hematocrit : 25,4 %, Trombosit : $6 \times 10^3/\text{ul}$, Leucosit : $4,04 \times 10^3/\text{ul}$, TTV TD : 140/90 mmhg, N : $80 \times/\text{m}$, RR : $24 \times/\text{m}$, S : 37°C .

Diagnosa kedua adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum yang di tandai dengan , data subyektif : pasien mengeluh badan lemas dan lelah saat banyak beraktifitas. Data obyektifnya : pasien tampak kelelahan saat beraktivitas, ADL dibantu keluarga.

Diagnosa ketiga adalah risiko infeksi berhubungan dengan microorganisme yang ditandai dengan pasien mengatakan BAK darah dan terpasang kateter. Data obyektifnya adalah tampak terpasang kateter .

Menurut teori diagnosa keperawatan yang diambil berhubungan dengan hasil pengkajian dan perumusan masalah dan diagnosa yang ditegakan pada studi kasus TnY di Ruang Teratai di rumuskan berdasarkan tanda dan gejala serta analisa data yang di kaji.

Maka disimpulkan adanya kesenjangan antara teori penegakan diagnosa keperawatan dengan studi kasus pada Tn. Y. B. di Ruang Teratai .

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Pada kasus diatas penulis menyusun intervensi keperawatan berdasarkan tahap-tahapan intervensi keperawatan . Pada kasus Tn.Y. B didapatkan Tiga diagnosa keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum serta risiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya micro organisme. Dari Tiga diagnosa keperawatan ini maka penulis menentukan yang menjadi prioritas masalah dalam kasus Tn.Y. B adalah diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah, dengan alasan dapat mengancam jiwa setelah itu dilanjutkan oleh intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

Diagnosa keperawatan pertama yaitu: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah dengan goal: pasien akan mempertahankan status sirkulasi darah yang efektif selama dalam perawatan. Obyektif: dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan menunjukan outcome yaitu: perfusi jaringan perifer yang diharapkan meningkat indikator yaitu: tanda-tanda vital stabil, membran mukosa berwarna merah muda, pegisian kapiler refil <2-3 detik,tidak ada cianosis. Dengan intervensi yang diambil yaitu, perawatan sirkulasi : Awasi Tanda vital kaji pengisian kapiler, warna kulit/membrane mukosa, dasar kuku. .Selidiki keluhan nyeri dada. Kolaborasi pengawasan hasil pemeriksaan laboratorium. Berikan sel darah merah lengkap/packed produk darah sesuai indikasi. Berikan oksigen

tambahan sesuai indikasi. kolaborasi pemberian obat anti perdarahan,observasi hasil pemeriksaan laboratoium .

Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum,goal: pasien akan meningkatkan toleransinya terhadap aktivitas selama dalam perawatan. Obyektif:dalam jangka waktu 2x24 jam pasien dapat melakukan ambulasi secara bertahap tanpa kelelahan. Intervensi : bantu pasien untuk rubah posisi setiap 2 jam, bantu pasien dengan melibatkan keluarga dalam melakukan ROM aktif dan Pasif , rencanakan waktu istirahat di antara tindakan, tingkatkan aktivitas pasien sesuai toleransi, monitoring tingkat toleransi pasien setiap kali melakukan aktivitas

Diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya micro organisme, goal : pasien tidak akan mengalami infeksi selama dalam perawatan. Obyektif : pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi. Intervensi : pertahankan teknik aseptik, cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, gunakan APD , gunakan kateter intermiten, monitor tanda dan gejala infeksi, kaji suhu , penkes perawatan kateter.

Menurut teori perencanaan tindakan keperawatan didasarkan pada masalah yang dialami oleh penderita, pada studi kasus Tn. Y. B. perencanaan tindakan keperawatan berdasarkan masalah yang dialami oleh pasien.

Maka diambil kesimpulan adanya kesenjangan antara teori dan studi kasus pada Tn. Y. B. Di Ruang Teratai.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 15-17 Juni 2018. Implementasi keperawatan pada Pasien Tn.Y. B dilakukan pada tanggal 16 Juni 2018.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah sebagai berikut: pada jam 07.30, mengatur posisi pasien dengan meninggikan kepala 45 derajat.. Jam 11.00 mengukur tanda

tanda vital dengan hasil TTV: TD: 140/70 MmHg, Suhu, 37 derajat celcius, nadi 80x/menit dan RR: 24x/menit. Jam. 11.35, menilai oedema dan nadi perifer

Implementasi keperawatan pada diagnosa intoleransi aktivitas sebagai berikut: pada jam 07.30 membantu pasien untuk rubah posisi setiap 2 jam, jam 10.00 membantu pasien dengan melibatkan keluarga dalam melakukan ROM aktif dan Pasif , jam 10.20 merencanakan waktu istirahat diantara tindakan, meningkatkan aktivitas pasien sesuai toleransi, jam 11.00 memonitoring tingkat toleransi pasien setiap kali melakukan aktivitas

Implementasi keperawatan pada diagnosa risiko tinggi infeksi berhubungan dengan terpaparnya microorganisme yaitu : mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, jam 11.00 mengkaji tanda-tanda infeksi, mengukur suhu dan melakukan perawatan kateter, menganjurkan keluarga mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien

Implementasi keperawatan pada Pasien Tn. Y. B dilakukan pada tanggal 17 Juli 2019. Implementasi keperawatan yang dilakukan di hari kedua pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah sebagai berikut:jam 08.00 mengatur posisi pasien dengan meninggikan kepala 45 derajat.. Jam 11.00 mengukur tanda tanda vital dengan hasil TTV: TD: 120/70 MmHg, Suhu, 37 derajat celcius, nadi 80x/menit dan RR: 24x/menit. Jam. 11.35, menilai oedema dan nadi perifer Jam 12.10 mengecek hasil pemeriksaan lab.

Implementasi keperawatan hari kedua pada diagnosa intoleransi aktivitas sebagai berikut: pada jam 07.30 membantu pasien untuk rubah posisi setiap 2 jam, jam 10.00 membantu pasien dengan melibatkan keluarga dalam melakukan ROM aktif dan Pasif , jam 10.20 merencanakan waktu istirahat di antara tindakan, meningkatkan aktivitas pasien sesuai toleransi, jam 11.00 memonitoring tingkat toleransi pasien setiap kali melakukan aktivitas

Implementasi keperawatan hari kedua pada diagnosa risiko tinggi infeksi berhubungan dengan terpaparnya microorganisme yaitu : mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, jam 11.00 mengkaji tanda-tanda infeksi, mengukur suhu dan melakukan perawatan kateter, menganjurkan keluarga mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien, mengajarkan pasien cara merawat kateter

Menurut teori pada diagnosa pertama adanya pemberian sel darah merah sesuai indikasi, sedangkan pada implementasi keperawatan tidak dilakukan pemberian sel darah merah karena kadar Haemoglobin pasien sudah meningkat 8,7 gr/dl.

Sedangkan pada diagnosa kedua dan ketiga , semua intervensi dilakukan sesuai teori yang ada dan dilakukan sesuai indikasi

Maka diambil kesimpulan bahwa tidak adanya kesenjangan antara teori dan implementasi yang dilakukan. Dikarenakan tidak adanya instruksi penambahan sel darah merah dari dokter yang merawat

3.2.5 Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan pada jam 14:00 WITA. Penulis melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnose keperawatan yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Pada tanggal 16 Juli 2018 jam 14:00, diagnosa keperawatan pertama, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Dengan hasil evaluasi data subyektif: pasien mengatakan badannya masih lemas . Data obyektif: wajah masih tampak pucat, konjungtiva anemis, akral dingin CRT < 3 detik dan belum ada pemeriksaan ulang lab. Assesment: masalah belum teratasi. Planing semua intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan kedua, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum. Dengan hasil evaluasi data subyektif: pasien mengatakan masih sedikit lelah saat beraktivitas. pasien tampak berbaring di tempat tidur, ADL masih dibantu. Assessment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan ketiga, risiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya mikroorganisme . dengan hasil evaluasi tidak ada tanda-tanda infeksi, Suhu 37 derajat celsius, keluarga mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien, keluarga pasien belum menggunakan teknik aseptik saat membuang urine. Assessment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 17 Juli 2019 jam 14:00, diagnosa keperawatan pertama, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Dengan hasil evaluasi data subyektif: pasien mengatakan badannya sudah tidak terlalu lemas lagi. Data obyektif: wajah masih tampak pucat, konjungtiva anemis, akral dingin, CRT < 3 detik, hasil pemeriksaan lab didapatkan Hb 8,4 g/dL, Trombosit 4×10^3 . Assesment: masalah belum teratasi. Planing semua intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan kedua, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum. Dengan hasil evaluasi data subyektif: pasien mengatakan masih sedikit lelah saat beraktivitas. pasien tampak beristirahat sebelum melakukan aktivitas berikutnya ADL masih dibantu, Assessment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan

Diagnosa keperawatan ketiga, risiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya mikroorganisme . dengan hasil evaluasi tidak ada tanda-tanda infeksi, Suhu 36,8 derajat celsius, keluarga mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien, keluarga pasien belum menggunakan teknik aseptik saat membuang urine. pasien dapat melakukan perawatan kateter. Assessment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan

Menurut teori evaluasi di harapkan memenuhi tujuan dari hasil yang di kerjakan dan dalam studi kasus pada Tn. Y. B. tujuan yang di harapkan sebagian tidak dapat teratasi

Maka dapat di ambil kesimpulan bahwa tidak adanya kesenjangan pada teori dan studi kasus yang di ambil. Evaluasi yang di harapkan tidak memenuhi tujuan yang di harapkan di sebabkan oleh belum tercapainya tujuan yang diinginkan.

\

BAB 4

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

1. Pengkajian yang didapatkan pasien Pada kasus nyata Tn.Y.B dengan keluhan utama kencing berdarah.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah , intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik dan resiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya microorganisme
3. Intervensi keperawatan yang diambil : perfusi jaringan perifer yaitu: perawatan sirkulasi , intoleransi aktivitas yaitu : self care, resiko infeksi : risk control
4. Implementasi keperawatan. Semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan aktifitas-aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan yang disusun. mulai dari perawatan sirkulasi perifer, self care, dan risk kontrol
5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn.Y. B menunjukan ketiga masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, intoleransi aktivitas dan resiko infeksi belum teratasi

4.2. Saran

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah secara langsung mengamati lebih dekat perkembangan status kesehatan pasien:

1. Bagi Institusi Pendidikan
Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang.

2. Bagi Rumah sakit

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan asuhan keperawatan secara efektif kepada pasien di Ruangan rawat nginap secara benar dan tepat kepada pasien-pasien

3. Bagi Perawat

Diharapkan bagi perawat-perawat yang berada di Ruang perawatan rawat nginap yang melakukan tindakan keperawatan bisa lebih memperhatikan dan menekankan perawatan secara tepat dan cepat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Andra & Yessie, 2013. *Keperawatan Medikal Bedah* (Keperawatan Dewasa). Yogyakarta: Nuha Medika
2. Baradero Marry, dkk. 2008. *Klien Gangguan Kardiovaskuler : Seri Asuhan Keperawatan*. EGC. Jakarta
3. Bararah, Taqiyyah dan Jauhar Mohammad. 2013. *Asuhan Keperawatan Edisi Ke-2*. Jakarta: Prestasi Pustaka. Heather, T. Herdman.
4. Hoffbiand A. V, Pettit J. E (1987), *Hematologi*, Essential Hematology Buku Kedokteran EGC.
5. NANDA. 2015-2017. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. 2015. EGC: Jakarta
6. Nurarif, Amin H., Kusuma H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Jilid 3. Jogjakarta : Mediacion.
7. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Ed. 5. EGC Jakarta
8. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Ed. 5. EGC: Jakarta
9. Nuswantari D. 1998. *Kamus Saku Kedokteran Dorland*. Ed. 25. EGC: Jakarta
10. Smeltzer S & Bare B. 2002. *Buku Ajar Medikal Bedah* Brunner dan Suddart. Ed. 8 EGC: Jakarta
11. Smeltzer, Suzanne C dan Brenda G Bare. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8. Jakarta: EGC.
12. M. Bachrudin. 2016. *Keperawatan Medical Bedah I*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
13. M. Margaretha Ulemdja Wedho, Emilia Erningwati Akoit. 2017. *Pedoman panduan praktek, kebutuhan dasar manusia dan keperawatan bedah III*. Politenik kesehatan kemenkes Kupang. Penerbit Gita kasih



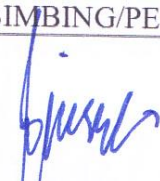
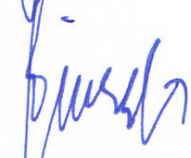
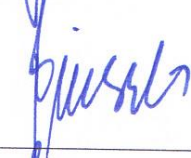
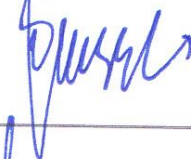
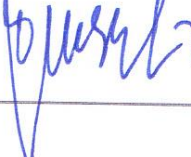
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

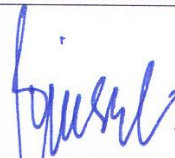
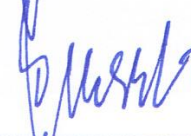
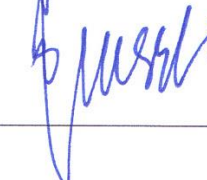
NAMA MAHASISWA : Irmawati
NIM : PO5303201181196
NAMA PEMBIMBING : Pius Selasa, S.Kep.,Ns.,MSc

| NO | TANGGAL | REKOMENDASI PEMBIMBING | PARAF PEMBIMBING/PENGUJI |
|----|------------|---|---|
| 1. | 15/07/2019 | Konsultasi judul dan pengkajian askep ACC Judul |  |
| 2. | 16/07/2019 | Konsultasi ASKEP |  |
| 3. | 17/07/2019 | Konsultasi ASKEP Kedua |  |
| 4. | 18/07/2019 | Konsultasi ASKEP ketiga dan konsultasi BAB 1 dan BAB 2 |  |
| 5. | 19/07/2019 | Konsultasi penulisan BAB 1 s/d BAB 4 |  |



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Irmawati
NIM : PO530320118196
NAMA PEMBIMBING : Pius Selasa, S.Kep.,Ns.,MSc

| NO | TANGGAL | REKOMENDASI PEMBIMBING | PARAF PEMBIMBING/PENGUJI |
|----|------------|--|---|
| 6. | 22/07/2019 | Revisi BAB 1 s/d 4 Penambahan peran perawat dalam BAB 1 Perhatikan sistematika penulisan Perbaikan BAB 3 study kasus |  |
| 7. | 25/07/2019 | Ujian sidang Penambahan upaya pemerintah dalam BAB 1 Fokus Penyakit pada BAB 2 Konsultasi Abstrak |  |
| 8. | 30/07/2019 | Konsultasi kerapihan penulisan ACC pembimbing dan Penguji Siap Jilid istimewa |  |
| | | | |

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Margaretha Teli.,S.Kep.Ns.,MSc-PH

NIP. 197707277200032002



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Irmawati

NIM : 530320118196

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. Y

Ruang/Kamar : Teratai

Diagnosa Medis : Pansitopenia + CHF + Tumor ginjal

No. Medical Record : 50 74 19

Tanggal Pengkajian : 15-07-2019 Jam : 08.30

Masuk Rumah Sakit : 13-06-2019 Jam : 08.20

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. Y

Jenis Kelamin : L

Umur/Tanggal Lahir : 64 Thn / 01-07-1955

Status Perkawinan : Sah

Agama : khatolik

Suku Bangsa : Indonesia

Pendidikan Terakhir : SMA

Pekerjaan : Nelayan

Alamat : Namosain

Identitas Penanggung

Nama : Ny. P

Pekerjaan : IRT

Jenis Kelamin : P

Hubungan dengan klien : istri

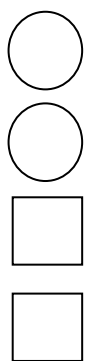
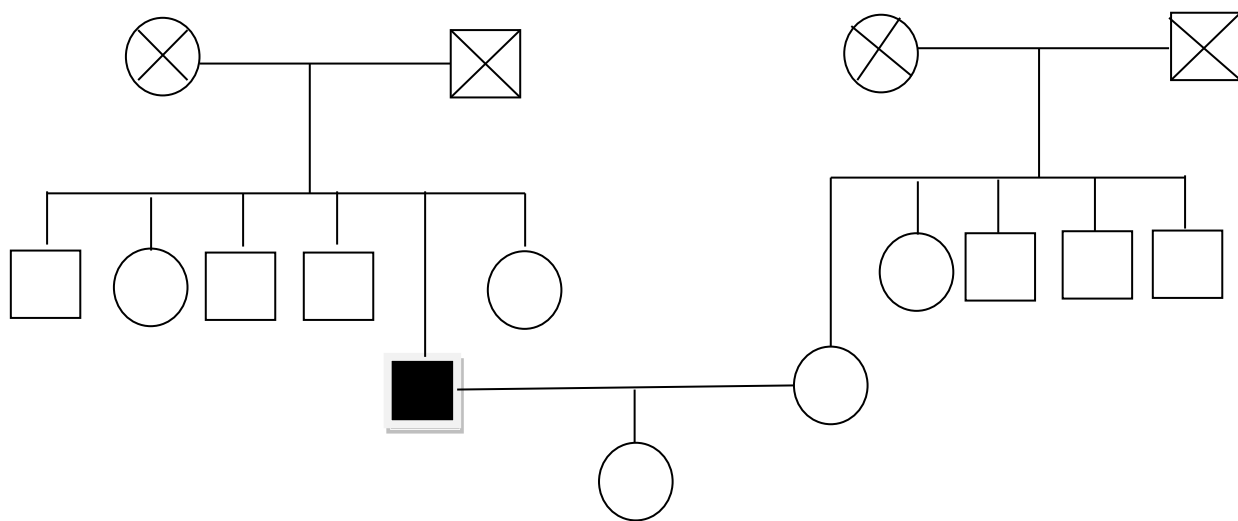
Alamat : Namosain

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Lemah, BAK darah
 - Kapan : 2 hari sebelum masuk rumah sakit
 - Lokasi : sistem perkemihan
2. Riwayat Keluhan Utama : lemah dan Pusing
 - Mulai timbulnya keluhan : 2 hari sebelum masuk rumah sakit
 - Sifat keluhan : hilang Timbul
 - Lokasi : sistem perkemihan
 - Keluhan lain yang menyertai : BAK darah, Gusi berdarah
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : BAK darah, gusi berdarah
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
Keluhan berkurang saat di berikan obat
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : berobat ke rumah sakit
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya , Sebutkan : CHF
 - Cara Mengatasi : Berobat ke rumah sakit
 - Riwayat Alergi
 - Tidak
 - Riwayat Operasi
 - Tidak
4. Kebiasaan
 - Merokok
 - Tidak
 - Minum alkohol
 - Tidak
 - Minum kopi :
 - Ya , Jumlah: 1 gelas (200 CC) waktu : sesekali
 - Minum obat-obatan
 - Ya , Jenis : pasien mengatakan lupa

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Perempuan hidup

-----Tinggal serumah



Perempuan meninggal

Laki laki hidup



Laki laki meninggal



Pasien

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 140/90 mmhg
- Nadi : 80 x/m
- Pernapasan : 24 x/ m
- Suhu badan : 37° C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
 - Sakit kepala : Ya Pusing : Ya
 - ☐ ya
- Bentuk, ukuran dan posisi:
 - ☐ normal
- Lesi : ☐ tidak ada
- Masa : ☐ tidak ada
- Observasi Wajah : ☐ simetris

- Penglihatan :
 - Konjungtiva : Pucat
 - Sklera: Putih
 - Pakai kaca mata : ☐ tidak
 - Penglihatan kabur : ☐ tidak
 - Nyeri : Tidak
 - Peradangan : Tidak
 - Operasi : tidak pernah
 - Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : ☐ tidak
 - Nyeri : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ tidak
 - Peradangan : ☐ tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinnitus : ☐ tidak
 - Riwayat Polip : ☐ tidak
 - Sinusitis : ☐ tidak
 - Epistaksis : ☐ tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : Normal
 - Caries : ☐ tidak
 - Memakai gigi palsu : ☐ tidak

- Gangguan bicara : ☐ tidak
- Gangguan menelan : ☐ tidak
- Pembesaran kelenjar leher : tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : ☐ tidak
- Inspeksi : Normal
- Kesadaran/ GCS : Compos Mentis GSC : E4V5M6
- Bentuk dada : ☐ normal
- Bibir : ☐ normal
- Kuku : ☐ normal
- Capillary Refill : ☐ Abnormal < 3 detik
- Tangan : ☐ normal
- Kaki : ☐ Edema
- Sendi : ☐ normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: ☐ Teraba
- Vena jugularis : ☐ Teraba
- Perkusi : Normal
- Auskultasi : BJ I : ☐ normal
BJ II : ☐ normal
- Murmur : ada

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : Tidak ada
- Inspeksi :
 - Jejas : ☐ tidak
 - Bentuk Dada : ☐ Normal
 - Jenis Pernapasan : ☐ Normal
 - Irama Napas : ☐ teratur
 - Retraksi otot pernapasan : ☐ tidak
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : ☐ tidak
- Perkusi : Cairan : ☐ tidak
 - Udara : ☐ tidak
 - Massa : ☐ tidak
- Auskultasi :
 - Inspirasi : ☐ Normal
 - Ekspirasi : ☐ Normal

- Ronchi : ☐ tidak
- Wheezing : ☐ tidak
- Krepitasi : ☐ tidak
- Rales : ☐ tidak

Clubbing Finger : ☐ Normal

5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan : susah BAB

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : ☐ Abnormal, Jelaskan : Kering
- Keadaan bibir : ☐ kering
- Keadaan rongga mulut
Warna Mukosa : Pucat
Luka/ perdarahan : ☐ tidak
Tanda-tanda radang : ☐ tidak
Keadaan gusi : ☐ Abnormal, Jelaskan : perdarah gusi
- Keadaan abdomen
Warna kulit : sawo matang
Luka : ☐ tidak
Pembesaran : ☐ normal
- Keadaan rektal
Luka : ☐ tidak
Perdarahan : ☐ tidak
Hemmoroid : ☐ tidak
Lecet/ tumor/ bengkak : ☐ tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 15 x/m

d. Perkusi : Cairan : ☐ normal

Udara : ☐ normal

Massa : ☐ normal

e. Palpasi:

Tonus otot: ☐ normal

Nyeri : ☐ normal

Massa : ☐ normal

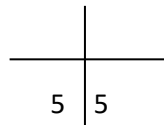
6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan :
- b. Tingkat kesadaran: Compos mentid GCS (E/M/V) : E4V5M6
- c. Pupil : ☐ Isokor
- d. Kejang : ☐ normal
- e. Jenis kelumpuhan : ☐ tidak
- f. Parasthesia : ☐ tidak
- g. Koordinasi gerak : ☐ Abnormal, Jelaskan kelamahan otot
- h. Cranial Nerves : ☐ normal
- i. Reflexes : ☐ normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan :
- b. Kelainan Ekstremitas : ☐ tidak ada
- c. Nyeri otot : ☐ tidak ada
- d. Nyeri Sendi : ☐ tidak ada
- e. Refleksi sendi : ☐ normal
- f. kekuatan otot :
- g. ☐ normal

5 5



8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ☐ tidak ada
- b. Lesi : ☐ tidak ada
- c. Turgor : baik Warna : sawo matang
- d. Kelembaban : ☐ Abnormal, Jelaskan kering
- e. Petechie : ☐ ada, Jelaskan : bintik kecil berwarna ungu
- f. Lain lain: tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : gross hematuri
Alat bantu (kateter, dll) ☐ ya
- b. Kandung kencing : membesar tidak ☐
nyeri tekan ☐ ya
- c. Produksi urine :
- d. Intake cairan : ☐ oral : 600cc/hr parenteral : 500 / 24 jam
- e. Bentuk alat kelamin : ☐ Normal
- f. Uretra : ☐ Normal
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : ☐ tidak ada
- c. Lain – lain : Tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : -
- b. Wanita : Siklus menstruasi : -
 - Keadaan payudara : -
 - Riwayat Persalinan: -
 - Abortus: -
 - Pengeluaran pervagina: -
 - Lain-lain: -
- c. Pria : ☐ tidak ada
- d. Lain-lain: Tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : Baik
- Frekuensi makan : 3 x sehari
- Nafsu makan : baik
- Makanan pantangan : tidak ada
- Makanan yang disukai : ikan
- Banyaknya minuman dalam sehari : 600 cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- BB : 70 kg TB : 170 cm
- Kenaikan/Penurunan BB: 15 kg, dalam waktu: 2 bulan .

2. Perubahan selama sakit : makanan di atur oleh petugas gizi rumah sakit

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 5-6 kali Warna : kuning

Bau : amoniak Jumlah/ hari : \pm 800 cc

b. Perubahan selama sakit : urine berwarna merah

2. Buang air besar (BAB)

- a. Kebiasaan : pagi hari Frekuensi dalam sehari : sekali dalam 3 hari
Warna : hitam Bau : khas feaces
Konsistensi : keras
- b. Perubahan selama sakit : 1 minggu sekali

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : tidak ada
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak ada

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 21.00 wita
Bangun jam : 05.00 wita
- Tidur siang jam : 13.00 wita
Bangun jam : 15.00 wita
- Apakah mudah terbangun : tidak ada
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : tidak ada

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : istri
2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : bersih
Status rumah : milik sendiri
Cukup / tidak : cukup
Bising / tidak: tidak
Banjir / tidak : tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : istri
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga :
komunikasikan dengan istri
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : hari minggu dan hari besar ke gereja
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : tidak ada

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Pasien mengatakan penyakit yang diderita adalah murni karena penyakit bukan karena dibuat atau diguna-guna oleh orang.
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Pasien mengatakan sekarang karena sakit, tidak bisa bekerja dengan maksimal sebagai seorang nelayan , pasien berharap semoga dengan semua perawatan yang ada, bisa cepat sembuh agar dapat melaksanakan aktivitasnya seperti biasa.
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Pasien mengatakan meskipun sakit .ia tetap bersosialisasi dan berinteraksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

| No | Jenis Pemeriksaan | Nilai Normal | Hasil Pemeriksaan | | | | |
|----|-------------------|--------------|-------------------|---------|---------|--|--|
| | | | Tanggal | | | | |
| | | | 13/6/19 | 10/7/19 | 15/7/19 | | |
| 1 | Hemaglobin | 12,0 – 16,0 | 3,99 ▼ | 8,7 ▼ | 8,4 ▼ | | |
| 2 | Trombosit | 150 - 400 | 11,7 ▼ | 4 ▼ | 4 ▼ | | |
| 3 | Leucosit | 4,0 – 10,0 | 3,30 ▼ | 4,04 ▼ | 2,63 ▼ | | |
| 4 | LED | 0 - 5 | | | 45 ↑ | | |
| 5 | Hematocrit | 37,0 – 47,0 | 14,6 ▼ | | 24,4 ▼ | | |
| 6 | SGPT | < 35 | | | 154 | | |
| 7 | SGOT | < 35 | | | 94 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

b. Pemeriksaan urine:

| No | Jenis Pemeriksaan | Nilai Normal | Hasil Pemeriksaan | | |
|----|-------------------|--------------|------------------------------|--|--|
| | | | Tanggal | | |
| | | | 15/7/2019 | | |
| 1 | Kultur Urine | | Stenotrophomonas maltophilia | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen :

Tidak ada

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : Tumor ginjal kiri bawah

DII : CT Scan : hepatomegali

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Obat

- 1) Nacl 500cc / 12 jam
- 2) Kalnex injeksi 2x250 mg/iv
- 3) Meropenem 3x500 mg/iv
- 4) Livron B-plex 1x1 / oral
- 5) Aspar k 1x1 / oral
- 6) Furomesid 1x40 mg/iv
- 7) PRC 1 bag/ hari
- 8) TC 10 bag/hari

ANALISA DATA

| NO | SUBYEKTIF | OBYEKTIF | ETIOLOGI | MASALAH |
|----|---|--|--|-----------------------------------|
| 1 | Pasien mengatakan badannya lemas dan pusing | <ul style="list-style-type: none"> - Konjungtiva anemis - Mukosa bibir pucat - Akral hangat - CRT < 3 detik - Pemeriksaan lab : Hb : 8,7 g/dL Hematocrit : 25,4 % Trombosit : $6 \times 10^3/\text{ul}$ Leucosit : $4,04 \times 10^3/\text{ul}$ - TTV TD : 140/90 mmhg N : $80 \times/\text{m}$ RR : $24 \times/\text{m}$ S : 37°C | Penurunan kadar hemaglobin dalam darah | Ketidakefektifan perfusi jaringan |
| 2 | Pasien mengatakan bandannya lemas, dan lelah saat banyak bergerak | <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kelelahan saat beraktivitas - ADL di bantu keluarga | Kelemahan umum | Intoleransi aktivitas |
| 3 | Pasien mengatakan BAK darah dan terpasang kateter | <ul style="list-style-type: none"> - Tampak terpasang kateter urine | Terpapar micro organisme | Resiko infeksi |

RUMUSAN DIAGNOSA

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar hemaglobin dalam darah
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum
3. Resiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya micro organisme

INTERVENSI

| NO | DIAGNOSA | GOAL/OBJEKTIF | INTERVENSI | RASIONAL |
|----|--|--|--|---|
| 1 | Ketidak efektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar hemaglobin dalam darah | <p><i>Goal:</i></p> <p>Pasien akan mempertahankan status sirkulasi darah yang efektif selama dalam perawatan</p> <p><i>Objektif:</i></p> <p>Dalam jangka waktu 2x24 jam pasien akan menunjukan outcome yaitu: perfusi jaringan perifer yang diharapkan meningkat</p> <p>Dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT < 2 detik - konjungtiva merah muda - tanda vital dalam batas normal - Hb, Trombosit, | <p>1. kaji tanda – tanda vital , observasi pengisian kapiler, warna kulit , membran mucosa , dasar kuku</p> <p>2. evaluasi keluhan dingin, pertahankan suhu lingkungan dan tubuh supaya tetap hangat</p> <p>3. Berikan sel darah merah lengkap/packed produk darah sesuai indikasi.</p> <p>4. pantau hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>5. pantau adanya nyeri dada</p> | <p>1. memberikan informasi tentang keadekuatan perfusi jaringan dan membantu kebutuhan intervensi</p> <p>2.vasokonstriksi menurunkan sirkulasi perifer</p> <p>3. meningkatkan jumlah sel pembawa oksigen , memperbaiki defesiensi untuk mengurangi resiko perdarahan</p> <p>4.mengidentifikasi defesiensi dan kebutuhan respon terhadap therapy</p> <p>5.mengidentifikasi adanya hepatomegali</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | tindakan keperawatan, 3.Gunakan APD , 4.Monitor tanda dan gejala infeksi, kaji suhu 5.Penkes perawatan kateter. | 3. Membantu dalam memberikan intervensi secara tepat dan cepat 4. Membantu mencegah Risiko infeksi |
|--|--|--|---|---|

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

| NO | DIAGNOSA | IMPLEMENTASI | EVALUASI | |
|----|---|---|---|--|
| 1 | Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar hemaglobin dalam darah | <p>Tanggal 16 Juli 2019</p> <p>Jam 07.30 Wita</p> <ol style="list-style-type: none"> mengkaji tanda – tanda vital , observasi pengisian kapiler, warna kulit , membran mukosa , dasar kuku TTV : TD : 140 / 90 mmhg N : 80 ^x/m S : 37 °c RR : 24^x/ m Membran mukosa kering CRT < 3 detik, dasar kuku pucat Mengevaluasi keluhan dingin, pertahankan suhu lingkungan dan tubuh supaya tetap hangat. Memantau hasil pemeriksaan laboratorium HB : 8,7 g/dl Trpmbosit : 6 10³/ul Leucosit : 4,04 10³/ul Memantau adanya nyeri dada, tidak ada | <p>Pukul 13.00 Wita</p> <p>S : pasien mengatakan masih lemah dan pusing</p> <p>O : Konjungtiva anemis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukosa bibir pucat - Akral hangat - CRT < 3 detik - Pemeriksaan lab : Hb : 8,7 g/dL Hematocrit : 25,4 % Trombosit : 6 10³/ul Leucosit : 4,04 10³/ul - TTV TD : 130/90 mmhg N : 82 ^x/m RR : 22 ^x/m S : 36,8 °C <p>A : Masalah tidak teratasi</p> <p>P : intervensi 1-5 di lanjutkan</p> | |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 2 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum | <p>Jam 10.00 Wita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu untuk rubah posisi setiap 2 jam : memberikan posisi semifowler dan melakukan massage lembut 2. Membantu pasien dengan melibatkan keluarga melakukan ROM pasif dan aktif 3. Merencanakan waktu istirahat di antara tindakan 4. Meningkatkan aktivitas pasien sesuai toleransi 5. Memonitoring tingkat toleransi pasien setiap kali melakukan aktivitas | <p>Jam 13.00 Wita</p> <p>S : pasien mengatakan masih lemah dan terasa capek ketika banyak beraktivitas</p> <p>O : Pasien tampak kelelahan saat beraktivitas</p> <p>- ADL di bantu keluarga</p> <p>A : masalah tidak teratasi</p> <p>P : intervensi 1-5 di lanjutkan</p> | |
| 3 | Risiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya micro organisme | <p>Pukul 11.00 Wita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menpertahankan teknik aseptik, 2. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, 3. Menggunakan APD , 4. Memonitor tanda dan gejala infeksi, kaji suhu Tidak ada bengkak dan kemerahan Suhu dalam batas normal 36,8 °c 5. Memberikan Penkes perawatan kateter. | <p>S : Pasien mengatakan BAK darah dan terpasang kateter</p> <p>O : Tampak terpasang kateter urine, keluarga mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien, keluarga pasien belum menggunakan</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>teknik aseptik saat membuang urine</p> <p>A : Masalah tidak Teratasi</p> <p>P : intervensi 1-5 di lanjutkan</p> | |
|--|--|--|--|--|

| NO | DIAGNOSA | IMPLEMENTASI | EVALUASI | TTD |
|----|--|---|--|-----|
| 1 | Ketidak efektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar hemaglobin dalam darah | <p>Tanggal 17 Juli 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jam 07.30 Wita - mengkaji tanda – tanda vital , observasi pengisian kapiler, warna kulit , membran mukosa , dasar kuku - TTV : - TD : 140 / 90 mmhg - N : 80 ^x/m - S : 37 °c - RR : 24^x/ m - Membran mukosa kering - CRT < 3 detik, dasar kuku pucat - Mengevaluasi keluhan dingin, pertahankan suhu lingkungan dan tubuh supaya tetap hangat. - Memantau hasil pemeriksaan laboratorium - HB : 8,7 g/dl - Trpmbosit : 6 10³/ul - Leucosit : 4,04 10³/ul - Memantau adanya nyeri dada, tidak ada | <p>Pukul 13.00 Wita</p> <p>S : pasien mengatakan masih lemah dan pusing</p> <p>O : Konjungtiva anemis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukosa bibir pucat - Akral hangat - CRT < 3 detik - Pemeriksaan lab : - Hb : 8,7 g/dL - Hematocrit : 25,4 % - Trombosit : 6 10³/ul - Leucosit : 4,04 10³/ul - TTV TD : 130/90 mmhg - N : 82 ^x/m - RR : 22 ^x/m - S : 36,8 °C <p>A : Masalah tidak teratasi</p> <p>P : intervensi 1-5 di lanjutkan</p> | |
| 2 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan | <p>Jam 10.00 Wita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu untuk rubah posisi setiap 2 jam : memberikan posisi semifowler dan melakukan massage lembut | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 3 | <p>umum</p> <p>Risiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya micro organisme</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien dengan melibatkan keluarga melakukan ROM pasif dan aktif - Merencanakan waktu istirahat di antara tindakan - Meningkatkan aktivitas pasien sesuai toleransi - Memonitoring tingkat toleransi pasien setiap kali melakukan aktivitas <p>Pukul 11.00 Wita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menpertahankan teknik aseptik, - Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, - Menggunakan APD , - Memonitor tanda dan gejala infeksi, kaji suhu - Tidak ada bengkak dan kemerahan - Suhu dalam batas normal 36,8 °c - Memberikan Penkes perawatan kateter. | <p>Jam 13.00 Wita</p> <p>S : pasien mengatakan masih lemah dan terasa capek ketika banyak beraktivitas</p> <p>O : Pasien tampak kelelahan saat beraktivitas</p> <p>- ADL di bantu keluarga</p> <p>A : masalah tidak teratasi</p> <p>P : intervensi 1-5 di lanjutkan</p> <p>S : Pasien mengatakan BAK darah dan terpasang kateter</p> <p>O : Tampak terpasang kateter urine,</p> <p>keluarga mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien,</p> <p>keluarga pasien belum</p> |
|---|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>menggunakan teknik aseptik saat membuang urine</p> <p>A : Masalah tidak Teratasi</p> <p>P : intervensi 1-5 di lanjutkan</p> | |
|--|--|--|--|--|